

RECHERCHES CLINIQUES

SUR LE

DÉLIRE DE NÉGATION

DANS LA MÉLANCOLIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 26 Juillet 1894

PAR

Charles VAURIOT

Né à Arles (Bouches-du-Rhône)

INTERNE A L'ASILE DE MARÉVILLE

Examineurs: { MM. BERNHEIM, président.
SCHMITT, professeur.
PARISOT, agrégé.
HAUSHALTER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND

Passage du Casino

1894

RECHERCHES CLINIQUES

SUR LE

DÉLIRE DE NÉGATION

DANS LA MÉLANCOLIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 26 Juillet 1894

PAR

Charles VAURIOT

Né à Arles (Bouches-du-Rhône)

INTERNE A L'ASILE DE MARÉVILLE

Examineurs: { MM. BERNHEIM, président.
SCHMITT, professeur.
PARISOT, agrégé.
HAUSHALTER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND

Passage du Casino

1894

FACULTÉ DE MEDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q. COZE *, I Q,
V. PARISOT *, I Q, HERRGOTT *, I Q, HECHT *, I Q, BEAUNIS *, I Q.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I Q, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A Q, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A Q, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I Q, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours
Histologie.....	M. PRENANT, agrégé, chargé du cours
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A Q, agrégé, chargé du cours
Physiologie.....	M. RENÉ, A Q, agrégé, chargé du cours

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. N.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER A Q, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT A Q, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, agrégé, chargé du cours
Accouchements.....	M. REMY, A Q, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A Q.
RENÉ, A Q.
VAUTRIN A Q.

MM. SIMON, A Q.
REMY, A Q.
P. PARISOT, A Q.

MM. HAUSHALTER.
FÉVRIER.
PRENANT.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I Q, ROHMER, A Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555809_0014

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

INTRODUCTION

« *Manie, mélancolie, démence*, ce sont là des termes de pathologie générale ; ils correspondent à des conditions morbides de l'intelligence qui peuvent reconnaître les origines les plus diverses et qui participent à l'expression symptomatique d'un grand nombre de maladies différentes. C'est ainsi que les mots *adynamie, ataxie* nous rappellent un ensemble de phénomènes qui peuvent se rencontrer dans la plupart des maladies fébriles mais qui n'appartiennent à aucune d'elles en particulier. » (1).

Depuis que Lasègue, en 1852, a créé le *Délire des persécutions* qu'il a détaché des diverses formes de la mélancolie, un travail d'analyse s'est poursuivi sur cette dernière affection considérée comme psychose pure. Le persécuté chronique à évolution systématique de M. Magnan (2) ; le persécuté-persécuteur de MM. J. Falret et Potier (3), et

(1) B. Ball. *Leçons sur les maladies mentales*.

(2) Magnan et Sérieux. *Le délire chronique*, 1892.

(3) Potier. *Étude sur les aliénés persécuteurs*, Th. de Paris, 1886.

enfin, le négateur de Cotard, ont été détachés de ce groupe vaste et obscur qui avait pour étiquette morbide : *mélancolie*.

Nous avons essayé, à notre tour, non de tailler une espèce nosologique nouvelle dans ce grand complexe de la mélancolie, mais de suivre attentivement sur le terrain clinique le négateur créé par Cotard. Au début, nos efforts soutenus et encouragés par notre excellent ami, M. le Dr Toulouse, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, avaient pour but de rechercher les rapports possibles entre ces deux ordres de phénomènes, les troubles esthésiques et les idées de négation. Mais les malades ne se prêtent que très difficilement à des expériences déjà très délicates par elles-mêmes. Nous avons donc dû renoncer à cette tentative.

D'ailleurs, notre attention avait été retenue depuis longtemps par certains mélancoliques, d'aspect général et d'allure semblables à ceux des malades décrits par Cotard. On sait, combien rare est le type-négateur. Sa réalité clinique est aujourd'hui hors de conteste et elle apparaîtra d'autant plus qu'elle sera mieux connue. Mais il faut le rechercher avec attention et nos investigations ne nous en avaient révélé qu'un nombre d'exemples insignifiant. A côté de lui, par contre, nous avons observé bon nombre d'autres malades, procédant du même délire, mais n'abou-

tissant pas à cette négation complète, totale que nous connaissions. Chez ces malades la négation ne s'étendait qu'à certains états de la personnalité et ne revêtait qu'une forme amoindrie de la forme Cotard. C'étaient toujours les mêmes types, mais en réductions de l'espèce originale. Ces recherches n'ont porté que sur la mélancolie. Nous avons laissé volontairement de côté le délire systématisé de persécution, la débilité mentale, la démence, l'alcoolisme, autant de groupes où se retrouve parfois l'idée de négation.

D'ailleurs le véritable champ où croît, avec une vigueur classique le négateur, c'est la mélancolie. En général, tout mélancolique est négateur. Mais cette négation est vague, sans consistance, passagère, atone comme l'état du malade lui-même. Parfois, au contraire, dans certaines conditions, cette négation se raffermir, devient cohérente, s'étend, se généralise, se fige dans un délire, prend une évolution spéciale dont Cotard a marqué les étapes, désigné les symptômes, construit la forme. Ou bien tout en présentant les mêmes caractères, cette négation est partielle, ralentit ou circonscrit sa marche et affecte une forme plus simple, une réduction de la précédente. C'est cette dernière forme que nous avons surtout cherché à faire ressortir, à étudier, à définir.

Pour donner plus de sanction à notre travail nous avons cherché à multiplier les observations et, à cet effet,

nous avons dû nous adresser à tous nos maîtres des asiles voisins. Nous avons reçu partout un accueil bienveillant et empressé qui nous a profondément touché. Nous sommes heureux, en retour, d'adresser à chacun de ceux qui nous ont aidé, soutenu, l'hommage de notre vive reconnaissance : que MM. les D^{rs} Guyot, directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne et Journiac, médecin-adjoint ; Gallopain, directeur-médecin de l'asile de Fains et Charuel, médecin-adjoint ; Rouby, directeur-médecin de l'asile privé de Dôle ; Chaussinand, directeur-médecin de l'asile public de Dôle, veuillent bien agréer, sans réserves, nos meilleurs remerciements.

Nous n'oublierons pas, non plus, notre obligé et cher ami M. le D^r Toulouse qui n'a jamais cessé de nous soutenir de toute sa sympathie et de sa vaste érudition. Merci encore à M. le D^r Pâris, médecin en chef à l'asile de Maréville, qui a bien voulu mettre à notre disposition les malades de son service et nous donner d'utiles indications.

Nous offrons, enfin, à M. le professeur Bernheim, notre très vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR LE

DÉLIRE DE NÉGATION DANS LA MÉLANCOLIE

CHAPITRE PREMIER

Considérations historiques et critiques

§ I

Les idées délirantes de négation ont été signalées depuis longtemps dans la pathologie mentale, mais à titre de faits isolés. Leuret (1) en a décrit plusieurs exemples qui ont servi plus tard à Cotard pour édifier le délire des négations. Esquirol (2) a publié cinq observations de démonomanie accompagnée d'idées de négation. Petit (3)

(1) Leuret. — *Fragments psychologiques*, 1831.

(2) Esquirol. — *Des maladies mentales*, 1838.

(3) Petit. — *Archives cliniques*.

a décrit une malade, damnée, n'ayant plus de sang et devant vivre éternellement. Macario (1) a signalé la négation chez des mélancoliques démonomaniques. Morel (2) cite deux exemples de ce délire. Baillarger (3), dès 1860, signale la forme hypocondriaque de négation comme signe précurseur de la paralysie générale. Griesinger (4), sans publier des cas de cette forme de délire a bien vu et bien décrit la tendance négative qu'ont certains mélancoliques. Krafft-Ebing (5) a publié deux observations.

Résumant toutes ces opinions éparses, Cotard (6) a composé une étude d'ensemble et exposé dans une série de travaux les caractères de ce qu'il a appelé le *délire des négations*. Le premier mémoire paru a pour titre *du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse*. Il s'agit d'une demoiselle X... âgée de 43 ans qui, disposée à l'ennui et soumise à des angoisses, errait comme une âme en peine. Prise de scrupules religieux, se disant damnée, indigne, elle allait chercher du secours auprès des prêtres et des médecins. Après 2 ans de souffrances, elle fit quelques tentatives de suicide à la suite desquelles elle fut internée à la maison de santé de Vanves. Là, elle commença par se plaindre d'un *craquement inté-*

(1) Macario. — *Annales medico-psychologiques*, t. I.

(2) Morel. — *Etudes cliniques sur les maladies mentales*, 1853.

(3) Baillarger. — *Ann. méd. psych.*, 1860.

(4) Griesinger. — *Maladies mentales*, Trad. Doumic, 1865.

(5) Krafft-Ebing. — *Traité de psychiatrie* (obs. II et VII).

(6) Cotard. — *Annal. medico-psych.*, 1880.

rieur dans le dos se répercutant dans la tête. En même temps elle affirmait n'avoir ni cerveau, ni corps, ni estomac. Elle niait ses plus fermes croyances de la veille : elle n'a pas d'âme, Dieu n'existe pas, le diable non plus. Elle n'est plus qu'un corps désorganisé devant vivre éternellement et que le feu seul pourrait faire disparaître. En même temps, Mlle X... présentait de l'analgésie.

Ce délire hypocondriaque, qui n'apparaît souvent qu'au second ou au troisième accès de mélancolie aggrave le pronostic. La maladie devient alors chronique. Cotard, assigna à cette forme nouvelle de lypémanie les caractères suivants :

- 1° Anxiété mélancolique ;
- 2° Idées de domination ou de possession ;
- 3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires ;
- 4° Analgésie ;
- 5° Idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc. ;
- 6° Idée de ne pouvoir jamais mourir.

Deux ans après, poursuivant ses études sur la mélancolie, et s'appuyant sur de nouvelles observations, Cotard (1) créait le délire des négations. Griesinger (2) avait déjà

(1) Cotard. — *Archives de neurologie*, 1882.

(2) Griesinger. — *Loc. cit.*

écrit : « Le trouble psychique essentiel dans la mélancolie, c'est la douleur morale... Sous l'influence de ce malaise moral profond, l'humeur prend un caractère tout à fait négatif... Il me semble bien, disent les mélancoliques, que tout ce qui est autour de moi est exact comme jadis, cependant il doit s'être fait quelques changements. Les choses ont encore leurs anciennes formes, je le vois bien, et cependant elles ont aussi beaucoup changé, etc... Cette confusion que fait le malade entre ce changement subjectif des choses extérieures qui se produit en lui et leur changement objectif ou réel est le commencement d'un état de rêve dans lequel, lorsqu'il arrive à un degré très élevé, il semble au malade que le monde réel s'est complètement évanoui, a disparu ou est mort et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire, au milieu duquel il est tourmenté de se trouver. »

Cette description avait ses réalités dans la clinique et Cotard, le premier, les a nettement mises en relief. Longtemps avant l'apparition de son délire, le mélancolique qui deviendra négateur, se révèle dans ses tendances. Il est timide, scrupuleux, sévère pour chacun de ses actes. Lorsque l'accès vésanique éclate, il devient anxieux, est dominé par des craintes et des terreurs imaginaires, assailli d'idées de culpabilité, perdu, damné. Constamment il *s'accuse lui-même* ; il est incapable, indigne ; voué à toutes les hontes, désigné à tous les malheurs, résigné à tous les supplices. — Tout autre est le persécuté.

Méfiant et soupçonneux au début, il ne tarde pas, en entrant dans la phase de persécution de son délire, à rechercher ses ennemis dans le *monde extérieur*; il est un objet de jalousie, ou la victime de complots, le point de mire de machinations ténébreuses. Il est hypocondriaque mais physiquement : ses organes sont sans cesse attaqués par l'électricité ou par des influences mystérieuses, mais ne sont jamais détruits. Le négateur court au suicide, le persécuté va à l'homicide. Celui-ci présente peu de troubles de la sensibilité, a des hallucinations de l'ouïe constantes, *dialogue* avec ses voix; celui-là a de l'analgésie, des hallucinations de la vue assez fréquentes, des hallucinations de l'ouïe, rares mais alors confirmatives de son délire, et *monologue*. Les deux psychoses peuvent passer à la chronicité et évoluer vers un stade de mégalomanie. Le persécuté est riche, puissant, roi, Dieu, etc...; le mélancolique, toujours humble devient éternel mais pour souffrir. Tout est détruit, il n'a plus d'âme, plus de parents, plus de famille, Dieu n'existe plus, etc. C'est une mégalomanie à rebours, ce que Cotard (1) appelle délire d'énormité.

La maladie a une marche intermittente, se développe souvent sur un fonds hystérique et lorsqu'elle arrive à la période de négation systématisée, elle est rarement curable.

(1) Cotard. *Délire d'énormité*, 1888. *Annales médico-psychol.*

En résumé, le délire des négations de Cotard aurait pour symptômes successifs :

- 1° Au début, hypocondrie morale ;
- 2° Mélancolie anxieuse avec anxiété, gémissements, angoisse ; idées de culpabilité, de ruine, d'indignité, etc. Tendance au suicide et aux mutilations volontaires ;
- 3° Idées de damnation et de possession ;
- 4° Troubles de la sensibilité générale ; analgésie ;
- 5° Idées de non existence et de destruction d'organes ;
- 6° Idées de négation plus étendues ; délire d'énormité.

Le délire des négations était donc créé. Cotard n'a pas voulu, selon nous, et contrairement au reproche qui lui a été adressé plus tard par M. Camuset (1), en faire une espèce nosologique distincte, une entité morbide. Il l'écrit, d'ailleurs « c'est un état spécial à certains mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue. »

D'ailleurs, soucieux de donner l'explication physiologique et psychologique de certains phénomènes qu'il ne faisait que signaler, Cotard (2), enhardi par la lecture d'une observation de Charcot publiée par M. Bernard (3) revient sur son sujet. Le malade de Charcot avait perdu le pouvoir, autrefois très développé chez lui, de voir men-

(1) Camuset. *Compte-rendu Congrès des méd. aliénistes à Blois*, 1892.

(2) Cotard. *Archives de neurologie*, 1883.

(3) Bernard. *Progrès médical* du 21 juillet 1884.

talement les objets absents. Or, à cette époque, Cotard observait deux malades, deux types de mélancoliques anxieux, dont l'un évoluait vers le délire des négations, qui présentaient le même phénomène : la perte de la vision mentale. Il eût été intéressant de rechercher s'il y avait là plus qu'une simple coïncidence, comme c'était à supposer ; car la perte de la vision mentale devenant un fait ordinaire chez les anxieux chroniques prouverait que la négation systématisée n'est qu'un délire, une interprétation malade du trouble psycho-sensoriel. Malheureusement ces malades se prêtent peu aux expériences cliniques, et Cotard s'est borné à poser la question sans essayer de la résoudre. D'ailleurs, son œuvre était achevée. L'un de ceux qui l'ont le mieux soutenue est M. Séglas (1) qui, quelque temps après, publiait une observation de mélancolie anxieuse avec délire des négations, entièrement semblable à celles publiées déjà par son maître. La malade de M. Séglas était une femme, âgée de 38 ans, héréditaire, ayant eu des convulsions dans son enfance et qui, après deux accès de mélancolie, redevenait aliénée. Elle présentait alors les symptômes suivants : anxiété mélancolique, idées de damnation et de possession, d'immortalité ; propension au suicide et aux mutilations volontaires, analgésie, idées hypocondriaques de destruction et de non existence d'organes ; idées de négation.

(1) Séglas. *Archives de neurologie*, 1883, n° 22.

tion : elle n'a pas d'âme ; la religion n'existe pas. Les prêtres ne sont pas des prêtres.

M. Séglas, tout en confirmant les idées de son maître — idées qu'il épousait entièrement — faisait pourtant remarquer que le délire des négations, n'apparaissait qu'à titre *secondaire* dans cette forme grave de mélancolie anxieuse. Quelques années après, en effet, M. Séglas (1) publiait une très intéressante étude sur la pathogénie des idées de négation. Voici, résumée aussi brièvement que possible, l'analyse de ce travail.

L'idée de négation est toujours secondaire et résulte des modifications de la personnalité. L'idée de persécution, au contraire, est primitive et « naît du fond de l'inconscient » (Scholz). Or, la personnalité humaine, le Moi, n'est qu'un complexe de sensations multiples venant des diverses parties de notre corps, de nos organes, de nos tissus, etc. Sa base est donc le sens organique, le sens du corps, vague et indéfini il est vrai, et que l'on appelle aussi la *cénesthésie*. C'est sur elle que prennent naissance les états affectifs, des plus simples aux plus élevés. Chez les êtres inférieurs, les conditions physiques passent au premier rang, mais chez les cérébraux, chez les intellectuels, ce sont les conditions affectives qui tiennent la prépondérance. La sphère affective a des relations étroites avec la sphère psycho-motrice. Les états émotionnels éveillent en

(1) Séglas. — *Semeiologie et pathogénie des idées de négation*. Ann. médico-psych., 1889.

nous des impulsions, soit pour obéir à une sollicitation, soit pour lutter contre une entrave, et notre moi est plus facilement et plus péniblement affecté par ce côté moteur de la vie psychique que par le côté de l'intelligence. La sphère affective et psycho-motrice est donc appelée à jouer un rôle considérable dans la personnalité humaine, sans préjudice pour le rôle que les éléments physiques sont aussi appelés à y jouer.

Or, que se passe-t-il dans le délire des négations ? Ce délire évolue sur un fonds de mélancolie anxieuse, c'est-à-dire sur un état caractérisé surtout par de la dépression morale et souvent par des troubles physiques nombreux (troubles de la respiration, vaso-moteurs ; de la nutrition, des fonctions génitales ; épuisement nerveux, etc.). Le malade est dans un état de malaise général, d'abattement ; il perçoit moins nettement les sensations qui émanent soit du dehors, soit du dedans. Le substratum organique qui sert de base à son affectivité est altéré, et les réactions psycho-motrices en subiront un contre-coup. Et cela apparaît d'autant plus nettement que d'une manière générale chez les anxieux chroniques, les fonctions organiques sont troublées depuis de très longues années. D'autre part, la douleur morale profonde, amène le malade à rattacher le sentiment douloureux qu'il éprouve à une idée, à un souvenir, à un événement quelconque de sa vie antérieure ou actuelle. D'où ces idées de culpabilité,

de damnation, d'indignité, ces craintes, ces terreurs imaginaires.

La perturbation qui s'est produite dans sa conscience sous l'influence de ces doubles causes se traduit donc, chez l'anxieux chronique, par de l'irrésolution, de l'inaction, de la résignation et souvent par des impulsions au suicide. Le malade ne sent plus, ne pense plus, ne peut plus agir comme autrefois. Il commence à se produire en lui une dissociation inconsciente de sa personnalité, une sorte de dualisme. Que les conditions perturbatrices s'aggravent, et le moi ancien aura presque disparu. Sans doute, il en subsistera bien des vestiges, car la substitution totale d'une personnalité à une autre ne paraît guère compréhensible.

Ce phénomène de dédoublement de la personnalité est plus complet encore dans les cas de possession. Alors, c'est une personnalité nouvelle qui agit, qui parle, qui pense, qui veut. Le malade est double.

M. Séglas explique encore les *impressions contraires* produites par les objets extérieurs, par des altérations primitives de la personnalité et non par l'existence d'un trouble psycho-sensoriel. Les impressions extérieures ne produisent plus sur le moi des malades les mêmes modifications émotionnelles qu'auparavant, ce qui amène les malades à nier les objets qu'on leur montre. Est-ce une rose ? par exemple. Ils répondent : ce n'est pas une rose.

Les idées hypocondriaques de négation s'explique-

raient de même. Par suite des perturbations morbides permanentes de la constitution physique et, conséquemment, de la sensibilité générale « il se forme une nouvelle habitude physique et mentale » et suivant les données fournies par l'ancienne mémoire organique, on verra apparaître des idées de changement ou de non existence des organes. L'idée d'immortalité est corrélatrice. La non existence de la première personnalité amène la formation d'une autre personnalité de caractères différents et, par suite, immortelle. Quel rôle jouent les hallucinations dans ce délire ? A ce point de vue, M. Séglas établit deux catégories bien tranchées : les hallucinations visuelles et les hallucinations psychiques. Les hallucinations de l'ouïe sont rares dans le délire des négations ; quand elles apparaissent, c'est après que la personnalité a commencé à être transformée. Elles sont sans valeur et sans influence et ne servent qu'à traduire extérieurement le désordre intérieur plus profond. Quant aux hallucinations psychiques, que M. Séglas classe parmi les hallucinations psycho-motrices, elles peuvent produire les mêmes désordres qui ont été signalés plus haut et amener même un véritable dédoublement de la personnalité.

Ce travail de M. Séglas, tout en venant confirmer le type délirant Cotard, s'en écarte par certaines conceptions pathogéniques. D'ailleurs, Cotard et M. Séglas sont les seuls à avoir exposé aussi entièrement leurs vues sur le genre de délire qui nous occupe. Les auteurs qui viennent

ensuite se bornent à citer des exemples, mais ne se livrent pas à des considérations philosophiques et psychologiques.

M. Journiac (1), en effet, ne fait que citer deux cas de délire des négations se développant sur des débiles. La négation portait ici sur la personnalité physique.

Une longue discussion s'est ouverte sur le même sujet au Congrès des médecins aliénistes, réunis à Blois. M. Camuset (2), chargé du rapport, avait réuni 28 observations se rapportant plus ou moins au type délirant Cotard. Nous nous bornons à résumer ses conclusions. Les idées délirantes de négation peuvent se diviser en 3 classes :

1° Idées hypocondriaques de négation. Ce sont celles qui ont le plus ordinairement attiré l'attention. Baillarger (3), les a étudiées dans la paralysie générale.

Les malades n'ont plus de bouche, plus d'estomac, plus d'intestins, etc. Leur corps est en pierre ou en verre. Concurrément il existe des idées de négation d'ordre psychique (les malades n'ont plus de pensées, parce que leur cerveau est inerte ou comprimé), qu'il faut différencier des idées de négation, s'étendant à la sphère des sentiments (les malades n'ont plus de cœur, plus d'affection, etc.).

2° Idées de négation extériorisées.

Les malades nient la réalité de ce qui les entoure, leurs parents, etc.

(1) Journiac. — *Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque*, thèse de Paris, 1888.

(2) Camuset. — *Compte-rendu du Congrès de Blois*, 1892.

(3) Baillarger. *Loc. cit.*

3° Idées de négation d'ordre psychique et d'ordre métaphysique. Les sujets n'existent plus, parlent d'eux à la 3^e personne — ils n'ont plus d'amis ; il n'y a plus de Dieu, etc. — Idées d'énormité, d'immortalité, d'éternité douloureuse.

M. Camuset, tout en rendant hommage aux descriptions cliniques de Cotard, reproche à ce dernier d'avoir trop généralisé et conclu à la réalité d'une maladie mentale spéciale, « d'avoir voulu créer une espèce nosologique nouvelle ». Il ajoute : 1° d'une manière générale, et quelle que soit la forme de l'intensité de leur affection, les mélancoliques sont négateurs ;

2° Les idées délirantes de négation, isolées ou plus ou moins systématisées se manifestent souvent dans le cours de la mélancolie avec anxiété et gémissements ;

3° Dans certains cas de mélancolie avec grande anxiété, on observe parfois cette association d'idées de négation, de damnation ou de possession, et d'immortalité, mais il ne semble pas que ces cas aient des caractères assez spécifiques toujours, pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle ;

4° Dans les états mélancoliques, les idées de négation indiquent un trouble plus profond que celui accusé par les idées de ruine, d'impuissance et de culpabilité ordinaires ; mais quand ces idées de négation se manifestent, il ne semble pas que le pronostic de l'affection en soit beaucoup aggravé.

5° Les idées de négation sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

6° Dans tous les cas où elles se produisent, les antécédents de famille des malades sont chargés d'une tare lourde.

7° Les sujets prédisposés à devenir négateurs sont naturellement timides, sombres, taciturnes, quelquefois ils présentent des symptômes épisodiques de la dégénérescence intellectuelle.

M. Paul Garnier, sceptique, dit « qu'il n'a jamais vu le délire des négations tel que l'a décrit Cotard, ce délire qui arrive à son heure, tardivement dans tous les cas, qui a quelque chose de spécial dans son évolution, dans sa terminaison. »

M. Charpentier pense que Cotard « séduit par le nom a introduit dans la science, non une maladie nouvelle, mais seulement un mot nouveau. »

MM. Séglas, Régis, J. Falret, Pichenot (d'Auxerre), Carrier (de Lyon), Vallon, Gilbert Ballet ont au contraire défendu le délire des négations et apporté à son appui des observations nouvelles. Les divergences n'ont porté que sur le point de savoir si Cotard avait oui ou non voulu créer une *entité* morbide nouvelle.

La même année, M. Arnaud (1) publiait une observation intéressante de tous points conforme à la description de Cotard. La voici résumée :

(1) Arnaud. — Délire des négations. *Ann. méd. psych.*, 1892.

M^{me} A..., 62 ans, a eu vers l'âge de 42 ans une *maladie noire*, qui dura 3 à 4 mois et guérit sans internement vers le milieu de 1889. M^{me} A... présente certaines modifications dans le caractère ; puis au commencement de 1890, elle devient triste sans motifs. Peu après, idée de culpabilité, d'indignité, anxiété, insomnie, agitation. Tremblement choréique dans le bras et la jambe droits. Mouvements de latéralité et de *trombone* de la langue. Sensibilités intactes. L'idée d'hémiplégie est écartée.

18 mois après, idées de damnation, puis de négation systématisée, croyance à l'*immortalité*, *délire d'énormité*.

Alternatives de dépression et d'agitation. Elle continue ainsi jusqu'à ce jour.

M. Arnaud pose des conclusions en rapport avec l'âge, les antécédents, etc., de sa malade.

M. Toulouse(1) dans la *Gazette des Hôpitaux* consacre une excellente étude au délire de Cotard. Il considère ce délire comme un syndrome, dont l'existence ne peut être infirmée et dont il décrit la symptomatologie et la pathogénie. Ce syndrome apparaît plus fréquemment dans la mélancolie, parce qu'il trouve là plus souvent qu'ailleurs les conditions physio-psychologiques (lésions nutritives et esthésiques, altérations de la personnalité, troubles de la perception mentale) propres à son développement. Mais on peut le rencontrer, toujours à titre d'épisode,

(1) Toulouse. — Délire des négations. *Gazette des Hôpitaux*, 16 mars 1893.

d'épiphénomène chez les persécutés, les paralytiques généraux, etc.

M. Toulouse (1) publie presque en même temps deux observations. L'une Mand..., 62 ans, à tare héréditaire très chargée après une période d'hypocondrie morale, devient mélancolique anxieuse; puis d'une manière très précoce arrivent les idées de négation; l'autre M^{me} Mét..., à antécédents personnels et ancestraux chargés de tare névropathique, présente du délire des négations 6 mois après le début des troubles mentaux.

Enfin, plus récemment M. de Cool (2), a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du délire des négations. Ancien interne de M. Camuset, M. de Cool reproduit absolument les idées de son maître — idées que nous avons déjà exposées.

Parmi les traités de maladies mentales, il n'y a que celui de M. Cullerre (3) qui fasse mention du délire des négations.

M. Schüle (4) n'en dit pas mot dans son traité clinique des maladies mentales.

Tel est tout l'historique du délire des négations, jusqu'à ce jour.

(1) Toulouse. *Annal. médic. psychol.*, 1893; *Bulletin de la Société de méd. de Belgique*, 1893.

(2) De Cool. Th. de Paris, *Contribution à l'étude du délire des négations*, 1893.

(3) Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 249.

(4) Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*.

§ II

LE DÉLIRE DES NÉGATIONS N'EST PAS UNE ENTITÉ MORBIDE

On a longuement discuté au Congrès de Blois la question de savoir si Cotard avait voulu décrire une *entité* morbide. Les opinions ont été très partagées et la confusion qui régnait avant dans les esprits a subsisté après. Sans doute, Cotard, dans l'analyse qu'il nous donne du négateur, semble incliner à croire qu'il existe un délire essentiel de négation analogue au délire de persécution de Lasègue. Sa comparaison entre le persécuté et le négateur se poursuit pas à pas. Mais à la fin de son mémoire il a bien soin de déclarer que la négation systématisée « n'est qu'un état de chronicité spécial à certains mélancoliques intermittents, dont la maladie est devenue continue » (1). — Et, bien longtemps après, en 1888, dans un nouveau mémoire il rappelle qu'en publiant le délire des négations il « s'est borné à un simple exposé des faits sans autre but que de déterminer la valeur clinique du symptôme et sa place en pathologie mentale » (2).

Ainsi, dans l'esprit de Cotard il ne s'agissait pas d'une nouvelle forme d'aliénation mentale, mais d'un état psychique propre aux anxieux chroniques. M. Camuset a

(1) Cotard, *Loc. cit.*, 1882.

(2) Cotard, *Loc. cit.*, 1888.

donc tort, selon nous, de s'attacher à voir dans le délire des négations une entité morbide nouvelle. Il serait plus sage de désigner avec M. Toulouse, sous le nom de syndrome, l'association de symptômes qui constituent le délire des négations. Et, pour honorer celui qui le premier a su en montrer la valeur clinique, on pourrait appeler le délire des négations — *syndrome de Cotard*. D'ailleurs, que signifient les mots ? Ce qui importe surtout, ce sont les idées. Et derrière les étiquettes il faut surtout voir les malades.



CPAPITRE II

Formes et pathogénie du délire des négations

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir recueillir un nombre suffisant d'observations se rapportant à l'évolution délirante décrite par Cotard. Peut-être, à première vue, quelques-unes de ces observations paraîtront s'écarter du type original dont elles ne seraient qu'une reproduction inexactement stéréotypée. Mais cette apparence superficielle et trompeuse se dissipera vite. Au fond, tous nos malades se ressemblent et chacun d'eux est de la même espèce que le négateur de Cotard. S'il existe quelques différences d'accentuation dans les traits de la physionomie, l'air de famille reste le même. Toutes nos observations peuvent être rapprochées ; elles relèvent toutes du même syndrome.

Puisque nous signalons des distinctions, qu'il nous soit permis, tout de suite, accentuant les différences, de mettre en relief les deux groupes principaux de négateurs :

1° D'une part, ceux chez lesquels les idées de négation ne porteront que sur certains états de la personnalité, sur

les conditions affectives et intellectuelles. (Obs. I, II, III, V, VI, IX, X, XII, XVII). Nous aurons ainsi la forme simple, *fruste* du délire, dont l'apparition est précoce ;

2° D'autre part, ceux chez lesquels les idées de négation sont totales, s'étendant à toutes les conditions de la personnalité (obs. XI, XV, XVI, XVIII, XIX). Nous aurons la forme profonde, grave, chronique, qui apparaît d'une manière tardive et secondaire.

Entre ces deux groupes et les reliant, nous placerons des formes intermédiaires (obs. XIII, XIV) établissant le passage à la chronicité des formes légères aux formes graves. Enfin, nous signalons trois autres cas (obs. IV, VII, VIII) qui appartiennent aux formes mixtes, complexes, signalées par Cotard et où l'idée de persécution coexiste avec l'idée de négation.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que la mélancolie est caractérisée par un état de tristesse profonde avec délire et dépression des fonctions nerveuses et organiques.

Dépression douloureuse ! tel est le symptôme capital. Cette dépression est extrêmement intense et difficile à supporter, et le malade ne peut s'en affranchir. Elle apparaît, quelquefois sans motifs apparents, où, dans les cas qui nous occupent, à propos d'un événement passé ou actuel. Elle pèse péniblement sur le mélancolique et celui-ci, las de souffrir, cherche à la rattacher à un fait antérieur de sa vie : d'où ces scrupules à l'égard de Dieu,

de ses parents, de sa famille, etc. (le malade a mal soigné les siens, a fait une mauvaise communion, etc.). En même temps il exhale ses plaintes; pleure et se lamente; les traits de son visage se contractent; il s'agite et ne peut tenir en place.

Sa volonté aussi ne tarde pas à être douloureusement atteinte; il est incapable de toute décision, privé de toute spontanéité, a perdu toute initiative. Il ne peut pas vouloir, il ne peut pas se décider. C'est l'incapacité, l'inertie volitionnelle.

Le malade peut en rester là et offrir, à quelques différences près, l'état d'hypocondrie morale, si magistralement décrit par M. J. Falret (1): « Chez ces malades (hypocondriaques moraux) on rencontre moins un trouble de l'intelligence que l'altération des sentiments et les impulsions volontaires. Le fonds commun est l'axiété vague, une disposition générale à voir tout en noir au dehors et en eux, une prostration des forces physiques et intellectuelles... Ayant parfaitement conscience de leur état, ces malades s'en affligent et s'en alarment, et en exagèrent tous les symptômes. Ils sentent que tout est changé en eux et au dehors et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois... Se croyant atteints d'une maladie incurable, ils regrettent leur énergie disparue, leur intelligence évanouie, leurs

(1) J. Falret, *La folie raisonnante. Annal. médico-psych.*, 1866.

sentiments éteints... Devenus insensibles et indifférents à tout, ils prétendent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents et leurs amis, ni même pour leurs enfants. La mort de leurs proches ou des personnes anciennement aimées les laisse sans émotion ; ils ne peuvent plus pleurer, disent-ils, et n'ont de sensibilité que pour leur propre malheur. »

Leur volonté est diminuée ; l'intelligence a perdu de son activité, mais ne va pas jusqu'aux idées délirantes de ruine, de culpabilité, de damnation... il existe simplement de la confusion des idées et de la lenteur dans les conceptions. Ce qui domine surtout, c'est l'émotivité. Les craintes, les terreurs imaginaires, la peur de mourir les tourmente sans cesse. Chose curieuse ! éloignés de l'idée de la mort, ils y sont instinctivement attirés et cherchent souvent à se détruire. Loi étrange des contrastes et des semblables, vraie à l'état normal, vraie encore à l'état pathologique.

Que l'on appuie un peu sur les traits de cette esquisse et l'on arrivera à obtenir le portrait d'un malade qui sera bientôt après un négateur ! L'intelligence, en effet, se ressent vite de la dépression douloureuse. Les idées reflètent quelque chose de funèbre, de triste ; elles sont émises avec peine. Bientôt même le malade sera obsédé par une seule — l'idée-douleur — qui remplira tout le moi, produisant à l'égard des autres une sorte de phénomène d'arrêt. Désormais c'est la douleur qui occupe toute l'objectivation du malade. Cette douleur, nécessaire, juste,

amène fatalement une réaction, un besoin d'explication, un soulagement. Interrogeant son passé le malade découvre, dans un fait, la cause de ses souffrances présentes. Scrupuleux, il aura manqué de délicatesse dans certaines circonstances de sa vie, et il se dit aujourd'hui coupable, indigne. Économe, laborieux, trop préoccupé du lendemain, il est perdu, ruiné ; ou bien encore, il est damné, parce qu'il n'aura pas toujours régulièrement accompli ses devoirs religieux.

A cette période de l'affection, peuvent se manifester des préoccupations hypocondriaques en rapport avec des perceptions anormales, externes ou internes.

Lorsque les hallucinations de la vue et de l'ouïe apparaissent, elles assombrissent ce délire. Nous signalons dans les obs. IV et IX, cette coïncidence d'idées de possession démoniaque et d'hallucinations psychiques. Les hallucinations psychiques renferment on le voit un élément moteur qui aide au dédoublement de la personnalité (1).

Or, ce malade qui s'accuse sans cesse ; qui se dit indigne, perdu, damné ; qui est coupable des actions les plus mauvaises envers ceux qu'il a le plus aimés, en arrive peu à peu à se croire incapable de penser, privé de toute affection, impuissant à quoi que ce soit. Et il traduit au dehors cette subjectivité nouvelle par ces mots : Je

(1) Séglas et Bezançon, *loc. cit.*

n'aime pas, je ne peux plus aimer, je le voudrais que cela me serait impossible. Je n'ai plus de cœur. Mon cerveau est vide, je n'ai plus de pensées, je n'ai que de la mémoire.... Ne sont-ce pas là des négations ? Mais, ce n'est pas fini. Le délire n'en est pas à sa dernière étape. D'une manière logique, naturelle, le malade qui se sent inutile, dépourvu de toute affection, sans pensées, est désormais un être absolument à charge à tout le monde et à lui-même, et il ne tarde pas à trouver dans le suicide la terminaison syllogistique. Le suicide est donc l'étape dernière de cette forme spéciale de négation, et apparaît comme une conséquence du délire.

Si l'on remarque que ces malades ont généralement été des personnes intelligentes, scrupuleuses, émotives ; si l'on remarque aussi que leur tare ancestrale est surtout nerveuse, neurasthénique, on sera porté à déduire que la forme fruste du délire des négations affecte surtout les sensitifs, les intellectuels, les cérébraux. Dans cette forme nous n'observons pas de troubles des divers modes de la sensibilité. Les fonctions organiques s'accomplissent normalement. Le moi physique reste intact. Le délire n'intéresse que les états affectifs et intellectuels du malade et son évolution, très nette, peut ainsi se caractériser :

1° Hypochondrie morale, insomnies, anxiété ;

2° Idées d'incapacité, d'inertie volitionnelle, d'indignité, de perdition, de damnation ;

3° Idées de négation n'intéressant que les sphères affective et intellectuelle ;

4° Idées de suicide syllogistiques.

A côté de cette forme fruste, il existe une autre forme plus profonde, plus grave, typique ; celle que Cotard a décrite et qui depuis a été constamment signalée par les auteurs. Nous voulons parler du délire des négations qui survient dans une période secondaire, chez les anxieux chroniques. M. Séglas, en a donné des exemples, et une explication pathogénique très acceptable.

Cette forme chronique débute par de l'hypocondrie morale. « L'hypocondrie morale, dit Cotard, n'est qu'une ébauche dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pour obtenir la négation systématisée. »

Nous avons montré déjà comment cette hypocondrie morale, plus accentuée, conduisait à une forme de négation partielle. Mais, ici, de l'hypocondrie morale le malade verse dans un délire général, dans une perturbation complète des idées, des sensations, avec anxiété prononcée, insomnies, idées de suicide, etc., etc. C'est alors la mélancolie anxieuse, avec tout son cortège.

Cet anxieux chronique peut en rester là et se lamenter misérablement jusqu'à la fin de ses jours dans un asile. Mais il peut évoluer vers cette forme délirante que signalait Cotard il y a 12 ans.

Plus ou moins tardivement en effet, 6 mois dans deux observations de MM. Ballet et Toulouse, 4 mois dans

notre observation XIX, apparaissent les idées délirantes de négation. Mais déjà, ces malades présentaient des désordres organiques graves, nombreux, profonds (ralentissement de la nutrition, troubles de la respiration et des fonctions génitales, modification de l'état du sang, épuisement nerveux). Les sensibilités au contact, à la température, à la douleur sont émoussées ou abolies. L'analgésie est totale. Il en résulte que les sensations extérieures et les sensations intérieures ne sont plus perçues par le moi. La personnalité première s'éteint peu à peu sans jamais disparaître totalement, car si la transformation absolue de la personnalité, c'est-à-dire la substitution d'une personnalité à une autre, complète, sans réserve, sans aucun lien avec le passé, suppose une transformation de fond en comble dans l'organisme, on ne s'étonnera pas de la rencontrer si rarement. Il n'y a à ma connaissance aucun cas où la deuxième personnalité n'ait hérité quelque peu des dépouilles de l'autre, ne fût-ce que de certaines acquisitions devenues automatiques (marche, langage, travail manuel). (Ribot.)

Le moi ancien fait place à un moi nouveau et la malade, ayant le sentiment de cette dualité, parle alors à la troisième personne, comme celle de l'observation XVIII qui gémit sans cesse : Pauvre Joséphine !... elle est en enfer ! que fera-t-on de son cadavre..... On peut expliquer encore de la même manière la réponse de la malade XIX : Je suis une statue. La personnalité première en disparaissant suggère l'idée d'immortalité, qui comporte encore

quelque chose de douloureux. Ces explications objectives sont imposées au malade par son délire. Il souffre et comme il a le sentiment de son anéantissement il ne trouve plus de raison en lui ; il objective. Ces mots cadavre, statue, sont les images tonales, qui le frappent immédiatement et qui lui sont fournies par la mémoire, ce vestige, cette dépouille du premier moi.

Les hallucinations psycho-sensorielles ne sont pas constantes et ne constituent pas un symptôme essentiel du délire. Elles traduisent extérieurement les troubles de l'intérieur. Ce qui le prouve aussi c'est qu'elles apparaissent souvent longtemps après le début de la maladie.

Il n'en est pas de même du phénomène (perte de la vision mentale) signalé par Cotard. La malade qui dit à son fils, à ses parents : je ne vous vois pas, je suis morte, possède un appareil de la vision absolument normal. Comment alors expliquer ce phénomène, qui, d'ailleurs, d'après Cotard, serait assez fréquent chez les mélancoliques ? On peut supposer qu'il y a effacement des images visuelles, que les images visuelles d'autrefois ne sont plus reconnues et, par suite, niées. S'il se produit, de même, effacement des images auditives, gustatives, etc., le malade en arrivera à ne plus entendre, à ne plus sentir, etc.

Dans notre observation III, la malade paraît atteinte de cécité verbale. « Je vois bien des mots, dit-elle, mais je ne peux pas les comprendre. »

Il est donc probable que chez ces malades la percep-

tion mentale est lésée. Mais ceci n'est encore qu'une hypothèse et dans l'état actuel des choses, il faut accepter l'explication qui paraît la plus logique, la plus conforme aux faits.

M. Bernheim (1) produit, par suggestion, chez des somnambules, des hallucinations dites négatives. Pourrait-on hasarder que des phénomènes analogues arrivent à se passer ici chez nos malades? Nous savons combien l'idée-douleur remplit toute la conscience du négateur; ne pourrait-elle donc pas empêcher les sensations extérieures de venir pénétrer dans le moi? Pour si téméraire que soit cette vue de l'esprit nous osons l'émettre, quoique l'hypothèse d'une lésion dans la perception mentale paraisse très acceptable. Mais, il faut chercher à expliquer. Se taire en attendant que la lumière éclate est une attitude prudente. Nous avons voulu aller plus loin. On nous pardonnera notre audacieuse tentative.

Nos deux formes de délire des négations sont établies. Il nous reste à signaler les termes de transition. Nous publions plus loin deux observations (XIII et XIV) qui montrent que la forme fruste peut passer à la chronicité. Sans doute, nos exemples ne sont pas absolument typiques. Mais, le fonds délirant est invariable. Si la négation complète de Cotard n'est pas atteinte, la marche du syndrome est identique, et il faut attendre du temps la confirmation de la maladie.

(1) Bernheim. *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique.*

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

OBSERVATION I

Grand-père aliéné. — Caractère mélancolique, impressionnable. — Attaque d'influenza il y a un an ; à la suite, inquiétude, agitation, insomnies, puis idées d'inutilité, d'incapacité ; inertie morale et intellectuelle. -- 3 tentatives de suicide. — Idées de négation.

P... B., âgée de 44 ans, ménagère, entre à l'asile le 12 août 1893. Antécédents héréditaires : un grand-père maternel aliéné mais non séquestré. — Antécédents personnels : rougeole à 9 ans, fréquente l'école jusqu'à 12 ans. Réglée à 15 ans. Epoques très régulières. Caractère enclin à la tristesse, impressionnable. Laborieuse et économe, toujours préoccupée de son intérieur. Se marie à 22 ans et a eu 2 enfants décédés en bas âge de faiblesse générale et de bronchite. L'accord a toujours été parfait dans le ménage. Son mari a toujours été bon pour elle ; elle « n'a rien à lui reprocher ». Dès qu'on lui cause de son mari, P... B. se met à sangloter en répétant sans cesse : « Et dire que je ne peux pas me rendre digne de lui. »

Il y a un an, à la suite d'une attaque d'influenza, est devenue triste, inquiète ; elle était très émotive, pleurait souvent. Autant elle s'acharnait autrefois au travail, autant elle se sentait impuissante à quoi que

ce soit. Elle était surtout préoccupée du lendemain. Souvent, nous dit-elle, elle se demandait : Que ferais-je si mon mari venait à mourir. Et elle se sentait incapable de répondre. Elle n'avait pas ce qu'elle appelle « la prévoyance de vivre ». Elle est allée trouver plusieurs fois le curé pour lui expliquer sa position. « Si je ne suis pas placée, lui disait-elle, je serai obligée d'en finir. J'irai trouver la rivière. » Lasse de souffrir, elle a d'abord essayé de mourir de faim, car la nourriture qu'elle prenait était de la nourriture perdue. Une autre fois elle s'est jetée dans un puits. Une troisième fois, elle a fait infuser des têtes de pavot avec un paquet d'allumettes et a absorbé ce breuvage.

Actuellement, elle répète sans cesse qu'elle « est un être inutile au monde ; elle est indigne ; ne pouvant ni aider son mari, ni vivre avec lui, elle avait cherché à se détruire. Elle ne peut rien faire par elle-même ; il faut qu'on la dirige. » Ce qui n'empêche pas qu'elle est occupée à l'asile comme lingère et qu'elle s'acquitte très bien de son ouvrage. Elle n'a plus de volonté ; elle ne peut penser, elle n'a jamais eu de pensées, elle n'a que de la mémoire « et dire que je m'en suis aperçue au bout de 19 ans de mariage », gémit-elle. Pas d'hallucinations. Les sensibilités à la douleur, au contact, sont conservées. Elle déclare ne pouvoir guérir et être incapable d'affection.

Ainsi, dans cet exemple, on remarque qu'après une période prodromique pendant laquelle la malade a présenté de l'hypocondrie morale, avec anxiété, gémissements, agitation, insomnies, sont apparues des idées d'incapacité volitionnelle. Le phénomène principal semble être en effet une sorte d'inhibition ou d'arrêt de la volonté. Cette diminution de l'énergie devient l'idée obsédante et P... B., jadis si laborieuse, se sent indigne, incapable, elle n'est plus rien, et, logiquement, elle cherche à se supprimer.

OBSERVATION II

Sénilité. — Tempérament nerveux; idées d'avarice. — A la suite de la mort d'un enfant, accès passager de mélancolie. — Chagrins, pertes d'argent, dépression mélancolique pendant 23 ans. — Nouvel accès de mélancolie il y a 18 mois à la suite de mauvaises récoltes : anxiété, gémissements; perdue, ruinée. — Idées hypocondriaques de négation. — Propension à la mort.

Hac... R., 73 ans, entre à l'asile le 27 novembre 1893. Mère morte à 74 ans « en enfance ». A eu 6 enfants, tous nerveux. Elle aussi, a toujours « tenu des nerfs ». La moindre contrariété l'exaspérait. Réglée à 16 ans et depuis époques régulières quoique peu abondantes. Au début de sa menstruation, s'était refroidie et a été anémique, a fait ce qu'elle appelle une maladie « de pâles couleurs ». Avare, ne songeait qu'à mettre de côté. S'est mariée à 27 ans parce qu'avant cet âge elle se considérait comme trop jeune. A eu un enfant mort-né, après 8 ans de mariage, et, pendant quelque temps ne faisait que pleurer, était inconsolable, toujours triste, mais n'a pas dû être internée. Son mari, buveur, dépensier, l'a souvent brutalisée et rossée de coups. En 1870, un incendie ayant détruit sa maison, elle devint sombre, taciturne, pleurarde. A cette époque, elle souffrit beaucoup, et comme tant d'autres, hélas ! des rigueurs de l'invasion. Depuis n'a plus été la même. Ne prenait part à aucune joie, voyait tout en noir, mais sa raison n'a pas été altérée.

Il y a 18 mois, à la suite de mauvaises récoltes est devenue folle. Par moments elle pousse des cris analogues à un hoquet et quelquefois ce sont de véritables hurlements. Elle pleure constamment. Elle a peur d'être à charge, de faire trop de dépenses ; elle est perdue, ruinée.

Actuellement, ce qui domine ce sont ces idées de perte, de

ruine ; elle supplie les personnes qui l'entourent de prendre soin d'elle car elle est « trop égarée, elle est comme une enfant. »

Elle n'a plus d'estomac, les aliments passent directement de la bouche dans son intestin. Les os de ses membres ne sont plus des os ; elle n'a plus de cœur ; elle ne connaît pas son nom. Elle se déshabille à chaque instant pour vous faire toucher la place de son ventre, où était l'estomac, etc. Insomnies persistantes. Désir de mourir. Pas de troubles de la sensibilité.

Sortie améliorée le 31 mars 1894. Mais est signalée comme devant revenir sous peu à l'asile.

Ce qui est caractéristique ici c'est cette longue période d'hypocondrie morale, ayant duré près de 23 ans. Il n'y a pas eu d'idées de suicide (les renseignements nous font d'ailleurs défaut). Mais la malade désire la mort. Il convient de noter un peu d'affaiblissement intellectuel, qui expliquerait les préoccupations hypocondriaques de la malade. Tendance à la chronicité, sa réintégration à l'asile étant signalée.

OBSERVATION III

Antécédents neurasthéniques ; — tempérament impressionnable, nerveux, très sensible ; chagrins, revers de fortune. — Accès de mélancolie, anxiété, scrupules, tentative de suicide. — Hallucinations psychiques. — Délire de négation.

Mar... , 41 ans, sans profession, entre à l'asile le 13 août 1893.

Antécédents héréditaires : à la suite de chagrins, mère, neurasthénique, a été disposée pendant 6 mois à se dire ennuyée et à se détruire. L'affection a guéri sans internement.

Antécédents personnels : honnête, vigilante, ménagère modèle. Esprit assez cultivé ; d'une sensibilité très délicate. Il y a *un an* à la suite de chagrins de famille et de revers de fortune a commencé à devenir triste, indifférente, insouciante, et fait une tentative de suicide. Elle a été traitée par l'hydrothérapie pendant un mois et par l'hypnotisme pendant huit jours par le D^r Liébault, mais sans succès.

Mar... se plaint de ne plus pouvoir penser. Sa tête est vide absolument. « Les yeux sont comme dans une tête de bois ». Elle ne peut réfléchir à rien, elle sent bien qu'elle n'est plus elle-même, qu'elle n'a plus rien en elle ; qu'elle maigrit ; qu'elle n'a plus de corps... Et ce disant elle invite à la palper, à la toucher, ajoutant « vous voyez bien que je ne suis plus rien hélas ! pauvre mari !... »

Mar... présente des alternatives de calme et d'agitation. Par moments elle semble abandonner ses idées délirantes, mais elle retombe vite dans ses litanies douloureuses. On lui demande si elle aime son mari. Je voudrais bien l'aimer mon pauvre A..., mais cela m'est impossible, je n'ai plus de cœur, je n'ai plus de tête, moi qui étais si intelligente !... je ne comprends plus rien. Ainsi vous voyez ce que vous lisez là. Eh bien ! je ne peux pas le lire. Je vois bien des mots mais je ne peux pas les comprendre... M^{me} Mar... présente, en outre, des hallucinations psychiques : elle entend en elle-même des voix qui l'insultent et lui font dire des mots grossiers.

Sa marche est lourde, languissante. Le teint est jaunâtre. Constipation opiniâtre. Sous l'influence d'un traitement hydrothérapique, elle paraît aller mieux, redevient gaie, puis retombe vite dans ses idées délirantes... elle n'a plus de famille, ne peut plus digérer, n'a plus d'estomac, etc.

Insomnies. Ses yeux sont morts, parle dans ses lettres de sa mort prochaine.

Sort le 31 janvier malgré avis contraire du médecin en chef.

OBSERVATION IV

Pas d'hérédité vésanique. — Tempérament chétif, irritable, migraines fréquentes. — Il y a neuf mois vive frayeur ; à la suite scrupules à l'égard des siens ; idées démonomaniaques, de damnation, d'indignité ; hallucinations de l'ouïe ; tentative de suicide. Idées de négation.

Bl... S., 52 ans, sans profession, entre à l'asile le 12 octobre 1891. Pas de tare chez les ascendants. Elle a toujours été frêle, difficile à diriger en raison d'un caractère très vif, prêt à tous les emportements. Elle a souffert beaucoup de la migraine dont les accès se renouvelaient très fréquemment. Sait bien lire et écrire. A toujours été réglée d'une manière régulière. Mariée à 31 ans ; a eu trois enfants : une fille seule survit et se porte bien. Il y a 9 mois à la suite d'une vive frayeur a été prise de scrupules à l'égard des siens : elle se reprochait de ne pas avoir bien soigné sa mère. En même temps, il y avait quelque chose en elle qui l'empêchait de faire le bien : c'était le diable. Aujourd'hui elle le sent bien remuer ; elle l'entend parler pendant le jour et la nuit, etc. Tout cela était accompagné de pleurs, de gémissements, d'agitation, d'insomnies. Elle ne déteste personne et personne ne lui en veut. Elle s'interroge souvent et croit que si ses deux filles sont mortes c'est parce que son mari leur a fait prendre une potion pour les tuer. Quant à sa mère, elle l'a mal soignée. Mais elle n'est pas responsable. Elle ne peut réfléchir ; elle fait le mal sans le vouloir, c'est le démon qui l'y pousse.

Elle se lamente sans cesse. Elle entend Dieu lui dire : tu seras damnée, tu es une misérable, etc. Elle est perdue ; elle ne peut guérir. Elle croit avoir commis des crimes imaginaires. A essayé de se ligotter les jambes pour se précipiter dans les escaliers.

Elle ne reconnaît plus son mari. Ce n'est pas son mari mais son parrain. Elle avait une fille aussi mais ce n'est plus sa fille. Elle n'a plus d'affection pour personne.

On retrouve ici ce besoin d'interrogation autour duquel va se développer le délire. La malade est anxieuse ; elle se demande comment ses enfants, sa mère sont morts et sous l'influence de la dépression morale, elle est prise de scrupules et s'accuse de s'être négligée à l'égard de sa famille. On trouve ici quelques idées de persécution venant du mari. C'est un cas mixte.

OBSERVATION V

Caractère impressionnable ; sensibilité exagérée. — Névralgies périphériques ; fatigues, pertes d'argent, mélancolie, idées d'indignité, scrupules. — Hallucinations auditives et psychiques. Négation. Plusieurs tentatives de suicide.

Har..., 59 ans, entre le 16 juin 1892. Il n'existerait pas de maladies mentales chez les ascendants. Elle est très laborieuse, très économe et d'une sensibilité particulière. Trois ans avant son entrée à l'asile elle a été traitée pour une maladie d'estomac et pour des névralgies lombaires. Elle a eu à endurer les grossièretés et les mauvais traitements de son mari qui était buveur, ivrogne. Elle a dû travailler beaucoup dans son ménage. Aussi depuis 3 ans, souffrait-elle et se morphinisait souvent. Dans la dernière année les douleurs étaient intolérables. Elle ne dormait plus, était sans cesse préoccupée de sa santé ; il convient de dire aussi que cette modification dans son caractère avait été provoquée par des pertes d'argent dans le Panama. Bref, l'accès mélancolique s'accroissant elle fut amenée à l'asile. Elle vit à l'écart,

gémit sans cesse, pleure, se lamente. Des voix lui disent, à chaque instant : tu ne reverras plus tes enfants, etc. Tout lui parle, d'ailleurs : le vent qui gémit, les feuilles qui tremblent, la cloche qui sonne. Ces voix lui défendent de manger, sinon elle aura des crises de nerfs. Elle présente quelques troubles de la sensibilité générale. Elle se sent brûlée, dans la bouche, dans les dents, sur la langue. Quand elle mange une voix venant de la poitrine lui dit : tu ne reverras plus ta fille... Elle a des scrupules, elle est perdue. Elle a déjà essayé de s'étrangler à l'aide d'un foulard et en se jetant d'une fenêtre, chez elle.

Elle ne sait pas où elle se trouve, mais ce n'est pas à Maréville. Il n'y a pas plus de diable que de bon Dieu. Elle n'a pas d'âme. Elle n'a plus d'affection.

OBSERVATION VI

Impressionnabilité. Tempérament frêle, neurasthénie. — Eloignement de sa famille, chagrins. — Accès mélancoliques, insomnies, hypocondrie. Négation. Désir de la mort.

L..., âgé de 22 ans, est sans antécédents morbides de famille. Il arrive à l'asile le 21 octobre 1893 et nous vient du régiment. C'est un jeune homme pâle, à l'expression de physionomie souffrante. Il est sujet à des accès de fièvre, tousse, crache, a parfois des sueurs profuses. Il présente, d'ailleurs, à l'auscultation des symptômes d'induration des sommets. Plusieurs de ses frères et sœurs sont morts phtisiques. Lui-même a toujours été malingre. Actuellement il est triste, inquiet, et demande qu'on le tue avec un revolver. L'idée de ne plus être avec ses parents le préoccupe sans cesse, et son accès vésanique a éclaté en effet, quelque temps après son entrée à la caserne. Il pleure, ne dort plus, éprouve le besoin de déambuler, ne tient pas en place. Il entend continuellement ses parents lui dire : tu es perdu, tu es perdu... Il éprouve des douleurs dans la tête, un peu sur tout le corps, des sensa-

tions de froid aux jambes, des sifflements d'oreilles, etc. Il n'a plus de sang ; plus de cœur. Il se sent inutile sur la terre ; il est indigne de ses parents ; il ne leur a occasionné que des dépenses et, d'ailleurs il ne peut plus les aimer. Quant à « son esprit » il n'existe pas.

Il est névropathe, dit-il ; incurable. On ne pourra jamais le guérir. Il demande la mort, et suit constamment le surveillant du quartier pour le prier de le tuer.

Comme dans toutes nos observations, cette association de symptômes est remarquable : idées tristes, insomnies, puis indignité, inutilité, négation, suicide.

OBSERVATION VII

Tempérament nerveux ; neurasthénique. — Préoccupations hypochondriaques. — Idées de persécution et de perte. — Anxiété mélancolique. — Troubles de la sensibilité générale. — Négation. — Pas de suicide.

L..., âgé de 52 ans, mécanicien, nous arrive le 21 novembre 1892. Il a toujours été extrêmement sensible et nerveux. Il éprouvait souvent des douleurs de tête (un casque en fer qui lui serrait la tête) ; il se préoccupait beaucoup des moindres malaises. Mais il n'a jamais fait de grave maladie. Cependant depuis 2 mois 1/2, sans cause bien apparente, il ne se trouve plus le même. D'abord il ne dort plus. Ce qui lui faisait plaisir autrefois, lui devient odieux. Il éprouve un malaise général indéfinissable. Il est sans énergie, lui qui était si brave au travail. Sa femme qu'il aimait lui est indifférente. Il est changé complètement et cela le préoccupe sans cesse. Il est allé consulter une tireuse de cartes. Mais l'oracle n'a pas su se prononcer. Cependant L..., a surveillé la physionomie de la devineresse ; il a vu ses lèvres remuer et compris que son sort était gravement compromis. Aujourd'hui,

il ne peut rien nous répondre parce qu'il n'a plus de pensées. — Il est anxieux, pleure sans cesse et d'autant plus que l'on cherche à s'intéresser à lui. Que me demandez-vous ? Est-ce que vous pouvez me guérir ? Il n'a plus de gorge, plus d'estomac, plus de ventre. Il éprouve des secousses électriques sur tout le corps. On lui bouleverse des boyaux que l'on fait remonter jusqu'à la bouche. Il n'a plus de dents, plus de fesses. Il ne peut plus parler. Il n'a plus d'âme, plus de sang, il est mort.

Il entend des voix qui lui prédisent sa fin prochaine : Tu n'es plus que pour un moment ici, je te ferai souffrir, etc. Et L... pleure ; se déshabille pour faire voir ses bras qui n'existent plus ; son ventre, ses jambes, etc. Pas d'idées de suicide. Mais désirerait bien disparaître.

Cette observation peut être, comme l'observation IV, un exemple de la co-existence des deux délires de persécution et de négation. Les idées hypocondriaques, les troubles de la sensibilité générale sont dus à de l'hypocondrie physique et aux idées de persécution.

OBSERVATION VIII

Neurasthénie ; suggestion. — Dépression mélancolique : anxiété, troubles de la sensibilité générale. — Idées hypocondriaques de négation. — Pas d'idées de suicide.

Le jeune A., âgé de 18 ans, est entré à l'asile le 15 juin 1892. Précédemment il était employé comme garçon d'office dans un hôtel à Nancy. A..., est un névropathe. Il a toujours eu des douleurs de tête et dans les membres, il se fatigue facilement, etc. D'ailleurs, c'est un tempérament sur lequel les maladies ont une prise facile. Il a été

soigné à l'hôpital civil pour plusieurs pneumonies et pour une pleurésie. Dernièrement, étant de service à l'hôtel, un voyageur eût la fantaisie de l'hypnotiser. A. ., qui est très suggestible, se mit à dormir et à son réveil, il se montra absolument drôle à tel point que le patron de l'hôtel dut le renvoyer chez lui. A... était inquiet, agité, se plaignait de douleurs et de secousses électriques. Enfin, il entendait des voix d'invisibles. Le voyageur hypnotiseur lui avait dit qu'il allait lui enlever le cœur, le cerveau, etc. A..., se plaint de ne pouvoir ni penser, ni vouloir. Il sent en lui deux volontés antagonistes : l'une lui commande de travailler, l'autre le lui défend. Il ne dort plus. La main gauche est morte, il ne peut saisir aucun objet, et cependant elle est sensible. Il n'a plus de pensées, son cerveau est vide. Son cœur est arrêté. Il ne peut plus parler, les mots s'arrêtent dans la gorge. Il voit des feux autour de lui pendant la nuit. Il voit des ennemis un peu partout. Il pleure toute la journée et dit souffrir beaucoup.

La contre-suggestion a été essayée sans résultats. D'ailleurs A... a été presque immédiatement transféré en Allemagne.

Cet exemple peut se rapprocher du précédent. Ces deux malades sont des déprimés anxieux, mais présentant quelques idées de persécution. On ne constate pas chez eux des idées de suicide.

OBSERVATION IX

Tendances mystiques. — Impressionnabilité. — Frayeur. — A la suite accès de mélancolie : idées d'indignité, de possession. — Scrupules. — Hallucinations auditives et psychiques. — Négation. — Idées de damnation et de perdition. — Idées de suicide.

C..., 38 ans, religieuse, entre le 15 février 1892. Pas d'hérédité vésanique. — C... est intelligente ; elle a toujours été gaie, mais très

pieuse, grâce à l'influence religieuse de sa mère. Elle est d'une constitution vigoureuse, sans être trop forte, mais très impressionnable. A 21 ans, elle entre au noviciat ; puis est religieuse et enseigne pendant 10 ans, sans rien présenter d'anormal. Il y a 3 ans, elle fut témoin d'un incendie dans lequel un homme faillit être brûlé. Elle fut émue à tel point qu'elle en devint folle. Depuis, en effet, elle est totalement changée. Elle est devenue excessivement peureuse. Une porte que l'on ouvre sans frapper au préalable suffit pour la faire tomber en faiblesse. Insomnies continuelles. Elle voit des feux devant ses yeux. Epreuve en elle un sentiment de constriction. Tous ces accidents qui paraissent se rapprocher de la neurasthénie n'ont pas nécessité son internement. Mais, depuis *un an*, elle se dit possédée par le démon, qui la fait parler, agir, marcher continuellement. Elle est punie cruellement ; sa mort sera atroce à cause des nombreux péchés qu'elle a commis, des mauvaises habitudes qu'elle a contractées (la malade ne s'explique pas là-dessus ; il est probable qu'elle doit se livrer à l'onanisme) ; du creux épigastrique part un reproche « la voix de sa conscience ». Scrupules religieux. Elle a mal fait sa première communion, elle ne récitait pas bien ses prières, etc. Entre temps elle pleure, se lamente, s'excite. Elle s'épile, a des idées de suicide, des troubles de la sensibilité générale. Elle est perdue, damnée. Se croit la cause de tous les malheurs qui doivent peser sur sa famille.

Elle est incapable de penser et d'aimer comme autrefois.

Dans cette observation, les idées de négation sont peu marquées. Elles ne portent que sur la sphère intellectuelle et affective. D'ailleurs, la malade est sortie quelque temps après, améliorée. Mais enfin, on constate toujours ce syndrome précoce du délire de négation : anxiété mélancolique ; idées d'indignité, de culpabilité, de damnation ; — idées de négation ; idées de suicide. C'est plus que de

l'hypocondrie morale. C'est une évolution délirante, à tendances négatives manifestes, plus ou moins prononcées il est vrai, mais procédant toujours de la même manière que chez les types précédents.

OBSERVATION X

Neurasthénie ; impressionnabilité ; accès passagers de mélancolie, délire triste ; scrupules, anxiété ; agitation ; idées de négation, veut mourir.

P. ., âgé de 24 ans, entre à l'asile le 21 octobre 1892.

Les antécédents sont très vagues. Il y a 15 mois, il a eu une bronchite légère. Comme il est très impressionnable et intelligent, il s'est cru tuberculeux. Il devient triste parce qu'il croit qu'il va bientôt mourir ; dix mois après, il va retrouver son médecin qui constate chez lui une tristesse profonde. P... accuse son médecin d'être la cause de son mal, dit qu'on lui refuse tous soins, qu'on le méprise, qu'il est honteux de se montrer aux habitants de son pays, que le bon Dieu ne lui pardonnera jamais d'avoir fait une mauvaise première communion.

Le médecin qui le soigne et qui le voit de temps à autre, remarque que ces idées d'indignité s'accroissent de jour en jour. P... devient de plus en plus inquiet, anxieux ; il s'excite, menace son entourage, cherche à se faire violence sur lui-même et est enfin séquestré à Maréville.

P... est un jeune homme intelligent. Il s'exprime avec clarté et facilement. Il se dit transformé. Il n'a plus de mémoire. Son affection est perdue. D'ailleurs, son père n'est pas son père. Il entend des voix par intermittence ; — il se croit indigne, il s'accuse d'avoir offensé diverses personnes de chez lui, d'avoir manqué de respect à l'égard de sa sœur. Il est perdu, des voix lui commandent de faire pénitence et P... refuse plusieurs fois les aliments. Il veut mourir.

Enfin, ces idées d'indignité, de culpabilité et de négation s'apaisent un peu et le malade est repris, non guéri, par sa famille.

OBSERVATION XI

(Communiquée par MM. les D^{rs} Guyot, médecin en chef et Journiac, médecin-adjoint à l'Asile de Châlons-sur-Marne.)

Mélancolie hypochondriaque avec idées de négation.

Le nommé R...l âgé de 53 ans, entre à l'Asile le 21 décembre 1891.

Antécédents héréditaires : père mort à 59 ans, buvait beaucoup ; mère, morte à 82 ans, bien portante au physique et au moral. Frères et sœurs normaux.

Antécédents personnels : enfance et adolescence se développent sans accidents. Instruction élémentaire. Bon ouvrier, bon père, bon époux. Existence exemplaire. Affection étroite à l'égard des siens. Il y a 4 ans, à la suite d'exposition prolongée au soleil, le malade se plaignit de maux de tête et resta fort émotif pendant quelque temps. La nuit il lui arrivait de dévaler tout angoisse et de se précipiter vers la fenêtre pour respirer plus librement.

L'accident n'eut pas d'autres suites, mais depuis cette époque, le caractère du malade a changé : il a une peur exagérée du soleil, il devient plus entêté, chagrin au moindre souci, s'amusant à des riens quand il doit sortir, etc... Il travaille aussi bien qu'autrefois, sa mémoire et ses sentiments affectifs paraissent intacts.

La maladie actuelle remonte à 6 mois environ, dit sa femme. L'enfant d'une voisine était gravement malade et R... s'en préoccupait beaucoup, dormait mal et répétait souvent : « elle est morte, elle est morte. » La petite guérit et vint le caresser. Il continua à avoir ses

crainces et à répéter la même chose. Un médecin vint le visiter, le remonta un peu et il se remit au travail. Quelques jours après, il se plaignit de nouveau, disant qu'il avait des étourdissements, qu'il avait de l'eau entre la chair et les os. Naturellement, on lui appliqua quelques vésicatoires. Il se plaignit alors de ne plus avoir de boyaux, de ne plus rien avoir dans le corps, ne voulait plus rien prendre, il ne dormait plus et disait qu'il allait mourir. Actuellement, le malade répond d'un air presque goguenard qu'il ne se souvient plus de l'époque à laquelle il a cessé de travailler, il ne sait plus l'année, il devient toujours plus faible, il ne mange plus, il n'a plus d'estomac, plus rien ; il a un cœur qui bat et c'est tout. Il parle, mais difficilement. Il a été saisi par une affaire d'enfant (la maladie de la petite voisine) et sent depuis une boule qui monte de l'estomac au cerveau, dans la tête ça siffle... Pas de signes de paralysie générale.

28 décembre. — Je n'ai plus de tête, de cœur, de poche à manger, je ne vais pas tarder à mourir. Il dit que le coup l'a tué, que différentes parties de son corps se sont détachées : voilà un tronc (désigne le creux sus-sternal,) c'est un morceau qui s'est détaché. Il n'a plus de boyaux (selles régulières). Il témoigne cependant beaucoup d'affection à l'égard des membres de sa famille.

18 janvier. — Il n'a plus de cœur, plus de sang, plus de poumons.

27 janvier. — Tentative de suicide avec un couteau de table au creux épigastrique.

Il continue ainsi à répéter toutes ses litanies de négation. Il écrit à son fils une lettre dans laquelle il prétend tout à la fois qu'il est bien raisonnable et qu'il ne tient plus debout. Autre lettre : Je suis sans respiration, mon cœur bat violemment, mes jours sont bien courts à compter ; au moment où je vous écris, je suis sans respiration comme si j'étais dans les décombres. De suite, un cercueil, sans faute...

De temps à autre, il interrompt ses discours par des gémissements, reprenant chaque fois le ton et le faciès grippé.

Les sentiments affectifs sont toujours bien vifs.

OBSERVATION XII

(Communiquée par MM. les D^{rs} Guyot, médecin en chef et Journiac, médecin-adjoint de l'Asile de Châlons-sur-Marne.)

Dépression mélancolique, préoccupations hypochondriaques. Idées passagères de négation chez une femme âgée et néurasthénique.

La malade H. ..., âgée de 50 ans, entre le 8 juillet 1893.

Renseignements concis : la sœur de la malade s'est suicidée.

La malade actuelle a reçu une instruction élémentaire. Caractère doux et impressionnable. Pleurant facilement. Toujours mince et pâle, a eu une affection de l'estomac il y a 10 ans. Il y a 2 mois 1/2 a eu un érysipèle de la face qui a envahi le cuir chevelu. C'est à la suite de cette maladie qu'elle a eu des maux de tête, de l'insomnie et enfin des idées tristes et des frayeurs imaginaires.

Etat actuel : réponses lentes, mémoire affaiblie. Pâle et amaigrie. Refus d'aliments, alternatives de dépression et d'excitation ou plutôt de colères... On lui dit d'aller coucher dehors, elle implore celles qui l'entourent pour qu'on la laisse dans le quartier ; mange difficilement, il faut la nourrir comme une enfant. Elle ne veut plus manger parce qu'elle a trop mangé.

Toujours triste, apathique, tout le monde va partir et elle restera seule, persuadée qu'elle ne peut partir. Elle est persuadée qu'elle vivrait sans manger. Elle n'a du reste pas de ventre et ne peut manger.

Ecrit à son mari qu'elle ne mourra jamais... Qu'elle vivra toujours pour souffrir... Est-ce que ça va durer ? est son refrain habituel. Elle ne peut plus manger... elle a les mains froides, mal partout, aux pieds, à la tête... de grosses larmes s'écoulent de ses yeux ..

A signaler dans ce cas les idées d'immortalité, de souffrances éternelles, qui indiquent la chronicité et l'incurabilité. Il faut tenir compte de la débilité mentale.

OBSERVATION XIII

Une sœur aliénée. — 3 accès de mélancolie antérieurs. — Insomnies, troubles de la sensibilité générale. — Idées de damnation, de ruine, de négation. — Tentative de suicide.

P... Alexis, entre à l'Asile le 7 juillet 1891.

Une sœur est à Maréville, atteinte de lypémanie stupide. Rien d'autre sur les antécédents.

A 20 ans, le malade a eu un accès d'ypochondrie qui a duré 3 mois et n'a pas exigé l'internement du malade.

En automne 1882, un second accès, plus intense que le premier, et d'une durée d'un an.

Le malade a été soigné et guéri à domicile.

Enfin, en mars dernier, à la suite d'une violente excitation causée par un incendie qui éclata dans sa ferme et détruisit un grand nombre de bestiaux et des récoltes, il fut atteint d'une 3^e rechute.

Les troubles intellectuels consistaient chaque fois en une grande tristesse, avec anxiété très vive. Il se lamente et gémit sans discontinuer. Enfin il se croit damné, perdu. Il est ruiné ainsi que toute sa famille et profère des menaces d'incendie sous prétexte que le feu ayant tout détruit, devra tout réparer. Il est alors amené à l'asile.

P... pleure continuellement, il pousse parfois de grand cris : Ah ! que je souffre ! que je suis malheureux. De tous côtés il entend dire : c'est toi qui a mis le feu. Et il devient plus agité, parcourant sans cesse la cour, le chauffoir, se trainant par terre, recherchant les endroits isolés. Il a des insomnies. Il est damné éternellement parce qu'il a fait du mal à tout le monde, à sa famille qu'il a ruinée..., il ne veut, du

reste, plus revoir son frère à l'égard duquel il ne se sent plus d'affection. P... refuse chaque fois d'aller au parloir.

Sa tête est vide ; il ne peut plus penser. La vue est diminuée. Il n'a plus de palais : les aliments sont sans goût. Son cœur ne marche plus. Son sang est gâté. Son estomac est détruit. Et cependant l'appétit est vorace. Ses bras n'ont plus de force. Ses jambes ne peuvent le soutenir ; il ne tient plus debout. Il maigrit à vue d'œil, quoique d'une obésité assez prononcée. Il aimait autrefois sa famille, mais à présent, l'amitié est perdue. Il voudrait aimer qu'il ne le pourrait pas.

Il ne pourra jamais guérir. Il se mutile ; il gémit toute la journée ces litanies et dès qu'il est auprès de ses camarades, il les supplie de le tuer. L'un d'eux même, armé d'un bâton, avait commencé de frapper à tour de bras. On est arrivé à temps pour éviter des accidents graves. Diminution des sensibilités spéciales (douleur, température). Un peu d'analgésie.

Le caractère intermittent des accès mélancoliques est bien apparent. Actuellement l'affection est à l'état chronique. C'est une forme de transition.

OBSERVATION XIV

Neurasthénie. — Accès de mélancolie. — Anxiété. — Idées d'indignité. — Hallucinations. — Idées de négation.

V..., 61 ans, vigneron ; pas d'antécédents mentaux.

Intelligence ouverte, fréquente l'école jusqu'à 14 ans. Caractère impressionnable, très sensible, il raconte d'une façon pittoresque qu'à propos de la moindre contrariété, « il s'en prenait à ses yeux. »

A 18 ans, à la suite de reproches de ses parents, a eu un 1^{er} accès

de lypémanie, d'une durée de 4 à 5 semaines. Sa mère était avare et lui avait refusé une modeste somme de 15 francs pour acquitter des dettes de café. Il en devint si chagrin qu'il fut obligé de s'aliter. Il était hanté par la peur de la mort et répétait sans cesse qu'il était perdu, damné. Déjà, à ce moment, lui qui pleurnichait facilement « ne pouvait plus verser une seule larme ».

Trois ou quatre ans après, un 2^e accès de mélancolie. Il souffrait alors d'une gastrite. A la suite d'une indigestion, il se croit de nouveau perdu, damné, et a peur de la mort. Il s'enfuit dans les champs, tout nu, y passe une nuit, puis est ramené chez lui et guérit quelques semaines après.

A 30 ans, nouvel accès de mélancolie, mais cette fois soigné à l'asile de Maréville, a guéri en un mois. V... avait acheté un champ à une personne qui n'était pas propriétaire du champ. N'ayant pas rempli les prescriptions légales, V... a cru que les notaires conspiraient contre ses intérêts. Il se dit perdu, damné sans rémission; est tourmenté par la peur d'un supplice éternel. Il pousse des cris, est agité, désespéré.

Les certificats d'alors, indiquent insomnies, anxiété extrême, craintes de l'enfer, idées de damnation, guérit et retourne chez lui.

A 37 ans, nouvel accès guéri à domicile.

Se marie à 40 ans; il aimait bien sa femme, mais il ne tarda pas à la soupçonner d'infidélité et des disputes fréquentes éclataient dans le ménage. Sobre jusqu'alors, V... en vint « à se jeter sur le vin » pour dissiper ses contrariétés. Pendant les 18 années de mariage, V... eut un accès de mélancolie (4^e) caractérisé par des idées de damnation, peur de la mort, anxiété mélancolique. Traité chez lui.

Il y a 6 ans, il fut de nouveau interné à Maréville. Cette fois il déclare avoir fait une infidélité à sa femme et avoir contracté la syphilis. Il se dit malade incurable, pousse des gémissements, a des hallucinations de l'ouïe, se croit indigne, coupable de toutes sortes de maux.

La mémoire est incertaine et les sentiments affectifs affaiblis. Il

sort le 28 mars 1892 et est réintégré le 19 mai suivant, et depuis, l'anxiété est continuelle. Il souffre dans tout le corps. C'est Dieu qui le punit pour l'infidélité qu'il a commise à l'égard de sa femme. Sa conscience l'appelle misérable. « Il est ressuscité dans le mal », dit-il, et voué à des peines éternelles. Il ne peut plus agir comme il le voudrait. Il est sans espoir, il ne guérira jamais. Il n'a plus de cerveau, plus de pensées. Son jugement lui répète sans cesse : « Tu es perdu, tu es damné. »

Les yeux ne sont plus changés, matériellement ce sont les mêmes qu'autrefois, mais comme il n'a plus une goutte de bon sang, il n'y voit plus comme auparavant.

Les bras et les jambes sont également changés. Il n'a plus du « chyle » dans les boyaux ; plus de « gomme » dans les membres. Ses mains sont en cire ; quand il saisit une cuillère, elle laisse sur eux son empreinte. Il ne peut plus trouver de consolation nulle part. Il n'a plus d'affection. Il est incapable d'accomplir l'acte le plus élémentaire. Les tourments le poursuivent et lui imposent un besoin incessant de mouvement.

Forme chronique à mettre à côté de la précédente.

OBSERVATION XV

Hérédité. — Lypémanie anxieuse. — Tentative de suicide. — Troubles de la sensibilité. — Analgésie. — Idées de négation.

G..., 28 ans, arrivé à l'asile le 1^{er} novembre 1889.

Antécédents héréditaires : 2 cousins-germains aliénés.

Antécédents personnels : Intelligent, instruction soignée. Licencié en droit. Pas de maladies spéciales de l'enfance, caractère sensitif. D'abord clerc de notaire, achève son stage et songe à acheter une

étude. Il avait alors 24 ans et « était ennuyé de se trouver à charge à sa famille ». Il passe un examen de validation de stage, est reçu et une étude étant vacante, il est présenté comme titulaire. Malheureusement, dans une demande adressée au ministre, il avait exagéré le chiffre de fortune de sa famille. Cette idée d'avoir menti le hante. Il s'enfuit à Paris, afin de rectifier son mensonge, car déjà il se voyait en prison ; mais à Paris, il s'aperçoit qu'on le file. Effrayé, il se dirige vers la gare de Lyon, prend un billet pour T..., où habite sa famille. « Arrivé dans un lieu qu'on appelle T..., dit-il, il entend crier : T..., tout le monde descend. » Il descend donc et se dirige vers un hôtel où il passe la nuit. Le lendemain, il essaye de se tuer en sautant par la fenêtre du 2^e étage. Il est conduit à l'hôpital et se rappelle avoir vu autour de son lit quatre personnes, dont son frère et son père qu'il n'a pas reconnus.

De T., il est dirigé, 2 mois après, sur Maréville.

Etat actuel : G... ne sait ni l'année où nous sommes, ni celle où il a été amené ici. Il est perdu, quant au temps et au lieu ; au point de vue géographique, il ne sait pas où il est. Il ne sait pas son âge.

Tout cela se débite sur un ton lamentable. G... a les yeux fixés sur un point du sol, les bras pendants. Il s'accuse d'avoir eu la syphilis. Il n'a plus de sang. Ses mains sont rouges, mais c'est du sang corrompu. Les pieds sont œdématiés, ils sont pourris parce qu'il a froid. L'insensibilité est complète. L'analgésie est totale par moments.

Il n'a pas le corps sain, tous ses organes sont mauvais. Le cerveau n'existe plus. Il est bien dur : c'est du bois, « cependant ni les facultés intellectuelles, ni le sens moral, ni le désir du devoir ne sont perdus » ; mais il ne peut causer, ni raisonner. Le cœur bat de temps à autre, mais il souffre de lésions, il est presque mort. Le sang est corrompu.

Les yeux ne voient pas, les oreilles sont avariées ; de même, l'odorat et le goût. La gorge est déplorable ; « entendez-vous ma parole, comme elle est rauque et désagréable ? »

Hallucinations de l'ouïe : on lui reproche ses vices, sa lâcheté, son manque de courage dans la vie... les péchés qu'il a commis. Le ventre

est dur, il doit contenir des monstruosités. Il entend des voix, venant du creux épigastrique qui lui disent qu'il a des ovaires.

Tout le corps a été changé, Les os sont spongieux ; il les entend craquer. Il est comme du macadam.

Il refuse souvent les aliments qui lui reprochent ses vices lorsqu'il les introduit dans sa bouche. D'ailleurs, quoique pensionnaire, il se croit indigne de manger plus que les indigents et exige d'être servi comme ceux-ci.

Son père doit être mort, son frère aussi. J'avais un frère « dans le sens de l'affection » dit-il, mais je n'en ai plus, non, je n'ai plus de cœur. Refuse parfois d'aller voir sa famille. On lui montre une fleur ; il répond c'est peut-être une plante. Il ne me reconnaît pas. Il se dit perdu, possédé par le diable, damné. Il ne pourra jamais guérir.

Idées passagères de souffrances éternelles et d'immortalité.

Ce malade présente, en outre, la folie d'opposition de Guislain.

Ainsi après une période de mélancolie anxieuse avec tentatives de suicide, G... présente des idées de culpabilité, de damnation, de l'analgésie et enfin, apparaissent les idées délirantes de négation, non encore totales, mais en voie de généralisation. On remarque chez G... de la folie d'opposition, signalée chez les négateurs.

OBSERVATION XVI

Communiquée par M. le D^r Rouby, directeur-médecin de la Maison de santé, dite des Capucins, à Dôle et par M. Médici, interne.

Anémie. — Impressionnabilité. — Idées d'indignité, scrupules. — Hallucinations de la vue. — Idées de négation.

Madame X..., 47 ans, un peu anémique, entre au mois de mars 1894, à la suite de chagrins éprouvés par la mort d'un neveu.

Hérédité ancestrale négative. — Antécédents personnels : s'est toujours bien portée ; n'a pas d'enfants.

A toujours été nerveuse, impressionnable. Il y a 10 mois, a été fortement émotionnée à la suite de la mort d'un neveu, âgé de 20 ans. Ce neveu qui était militaire, ne venait chez elle que les dimanches ; il mourut à l'hôpital des suites d'une maladie ayant nécessité une opération. La douleur éprouvée par la malade, fut très raisonnable pendant 2 à 3 mois ; puis, au lieu de se calmer, elle alla en augmentant. Mme X... fut prise, au mois de septembre dernier, de scrupules : elle se reprocha d'avoir mal soigné son neveu, de ne l'avoir pas interrogé sur sa santé, sur les causes de sa maladie, d'avoir été ainsi la cause de sa mort.

Cette idée absorba de jour en jour son esprit et elle rompit toutes ses relations en janvier. Depuis quelques jours, elle se croit indigne de son mari, se dit une grande coupable, refuse de manger, veut aller vivre dans un cabanon. Mme X... va se confesser, accuse des crimes imaginaires et veut subir des peines exagérées. Elle voit l'enfer, pas de flammes, mais de grands rochers « comme ceux de la source de la Loire » entre lesquels coule un fleuve d'excréments où elle est plongée jusqu'à la bouche. Elle a fait diverses tentatives de suicide et essayé à trois reprises de se jeter dans le Doubs.

Au mois de mars dernier, étant à l'Asile elle a reçu la visite de son mari. En l'apercevant, elle s'avança rapidement vers lui, se jeta à genoux à ses pieds en se voilant la face et se déclarant indigne de lui. Elle resta longtemps avec lui, s'accusant tantôt de la mort de son neveu qu'elle n'a pas su et qu'elle aurait dû interroger ; tantôt se mêlant d'une façon intelligente à la conversation. Un mois après, elle éprouve des cauchemars qui l'éveillent en sursaut ; elle voit des gouffres qui s'ouvrent tout à coup sous ses pieds et qui vont l'engloutir, des escaliers qui se dérobent sous elle et la laissent subitement dans le vide. Pendant ses rêves, elle entend son cœur battre violemment, jusque dans ses

oreilles. Lorsqu'elle se retourne dans son lit, elle sent de l'eau passer d'un côté à l'autre de la tête.

Prétend n'être plus qu'un squelette, sa colonne vertébrale est douloureuse, dit qu'il ne reste plus rien d'elle, alors qu'elle était si bien conservée, dit être très faible, ne pouvoir se lever « que ce n'est pas la peine puisque ses jambes refusent de la porter et qu'elle ne se lève du lit que pour venir se jeter sur une chaise longue. »

Les insomnies persistent. Pas de fièvre. Demande à être hypnotisée pour chasser ses idées. Cause et se promène, mange avec assez d'appétit. Parait vouloir justifier à ses yeux son crime imaginaire, en disant que cet enfant était très dur pour elle, qu'il la repoussait, ne se montrait pas communicatif, ne lui avait pas accusé ses souffrances, etc.

Puis, reçoit avec joie son mari qui vient la voir ; elle l'embrasse : elle cause d'une manière plus raisonnable, semble comprendre la fausseté de ses idées. Elle n'est plus constipée ; puis ses idées tristes semblent vouloir la ressaisir ; mais elles les abandonne, redevient gaie et s'est sensiblement améliorée.

OBSERVATION XVII

Hystérie. -- Idées de négation.

Demoiselle D. M..., 22 ans, entre en août 1868. — Hérité ances-trale : une tante épileptique. Antécédents personnels hystériques. — A l'asile, manifeste un délire érotique. Elle se croit Dieu, supérieure aux autres. Elle n'a plus de famille, veut se marier avec son père *qui n'est pas son père* ou avec son frère *qui n'est pas son frère*.

L'observation s'arrête là et la malade sort améliorée au mois de décembre suivant.

OBSERVATION XVIII

Communiquée par MM. les D^{rs} Gallopain, directeur-médecin de l'Asile de Fains et Charruel, médecin-adjoint.

Lypémanie anxieuse. — Analgésie. — Idées de négation.

Joséphine R..., âgée de 55 ans, entre à l'asile de Fains le 19 mars 1889.

Antécédents héréditaires : mère morte de chagrin à la suite de la mort de son mari. Les autres renseignements fournis par le mari sont très vagues.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle, réglée à 13 ou 14 ans et depuis très régulièrement. Huit grossesses normales : 6 enfants survivant à l'heure actuelle.

A toujours été sobre et très impressionnable, très facilement irritable : a toujours laissé percer, dans son ménage, le désir évident de dominer. En 1878, a éprouvé des douleurs dans la cuisse droite avec abcès. Il y a 10 ans, à l'époque de la ménopause, a eu des attaques de rhumatismes. Le premier accès de folie remonte au mois d'octobre dernier et est survenu à la suite d'une attaque aiguë de rhumatisme ayant duré 2 mois (4 juillet à septembre). Au début de cet accès, se plaignait de céphalalgies ; elle disait qu'on lui ouvrait la tête avec une fourche. Elle ne déraisonnait pas trop. Elle accusait des bohémiens qui lui auraient jeté un sort il y aurait eu 10 ans.

En même temps, on remarquait une sorte d'agitation avec anxiété ; la malade a manifesté aussi des idées de suicide. Depuis, jusqu'à ces derniers temps, a eu quelques intervalles de repos, suivis d'agitation, mais depuis quelques jours, néglige complètement ses intérêts, ne s'intéresse plus à ses affaires, ne veut plus travailler et est plutôt incommode que dangereuse.

A l'asile, elle crie, vocifère d'une manière formidable tous les matins de 6 heures à midi. Se calme un peu dans l'après-midi sans se taire complètement. Manifeste des idées tristes, des craintes de l'enfer et des idées vagues de persécution, croit qu'on veut lui faire du mal, mais ne se reconnaît pourtant pas d'ennemis.

Elle crie souvent : « A moi !... à moi !... Quelqu'un court après moi !... » Depuis deux années, se croit séparée de son âme. Refuse souvent les aliments, car elle n'a pas besoin de manger pour vivre, elle vivra ainsi, sans manger.

Insomnies continuelles ; pas de troubles de la motilité ni du langage. Gémissements continuels, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Dit qu'elle est damnée, qu'elle brûle, voit des flammes. L'analgésie est complète. Les diverses sensibilités au contact, et à la chaleur sont abolies. D'ailleurs, il est très difficile d'apprécier les sensations spéciales de la malade, car elle pousse des gémissements qui vont en crescendo, au fur et à mesure qu'on cherche à l'interroger. Cependant, on peut enfoncer profondément une épingle sans que la malade manifeste la moindre sensation.

R... passe ses journées dans un coin de la salle. Elle n'a jamais été gâteuse. Dès qu'elle aperçoit une autre malade qui se néglige, elle court en prévenir la sœur.

Ses enfants, son gendre, son mari viennent la voir fréquemment. Chaque fois qu'elle est en leur présence, elle se lamente pendant des heures entières et dit : « Oh ! mon Dieu ! mon Dieu ! mes enfants sont morts. . Je suis morte... »

Elle est la cause de la mort de sa famille. « Pourquoi m'avez-vous laissée seule ? je ne suis plus de ce monde... A sa fille : « Te voilà chère amie. Je ne suis plus de ce monde, tu vois devant toi un cadavre ». A son fils : « Je ne vous vois plus ; je suis morte. J'ai beau regarder, je ne vous vois plus ; elle ne le verra jamais ; elle est dans l'éternité. Je n'ai plus aucun sentiment d'amitié pour personne ; que fera-t-on de mon cadavre ?... Je suis damnée, je suis perdue pour l'éternité, pour

un quart d'heure qu'on m'a laissée seule... je ne vois et n'entends plus rien, je suis en enfer pour l'éternité ». Puis elle pleure sans cesse. A nous qui l'interrogeons elle répète sans cesse : Pauvre Joséphine (c'est son nom) elle est perdue ! Elle ne parle d'elle qu'à la 3^e personne.

Sa figure exprime l'angoisse, l'expression de douleur est manifeste dans ses yeux. Elle fixe un point du plafond ; est en extase, les mains jointes et récite sa litanie douloureuse : Pauvre Joséphine ! elle est perdue... elle est en enfer... quelle souffrance ! quelle nature ! quelle calamité, que fera-t-on de son pauvre cadavre ?... Pourquoi ce Monsieur fait-il toutes ces questions puisque Joséphine n'est plus là ?...

Cette observation rappelle de tous points le type Cotard. Le délire des négations est apparu 6 mois après son admission à l'asile.

Il y a une longue période d'hypocondrie morale puis successivement tous les symptômes du négateur chronique.

OBSERVATION XIX

Lypémanie anxieuse. — Délire de négation apparaissant rapidement.

B... Vve P... (1), 61 ans, entrée à l'asile le 28 décembre 1892.

Pas d'aliénés chez les ascendants, ni de tare nerveuse. Antécédents personnels : caractère très nerveux et sensible. Elle a toujours très mal supporté les émotions et les peines, quoiqu'elle ait eu des épreuves

(1) Cette malade a déjà fait l'objet d'une communication au Congrès des médecins-aliénistes, tenu à La Rochelle, le 22 juillet 1893. M. le Dr Paris, médecin en chef à Maréville et auteur de cette communication signale le délire des négations comme un incident apparaissant au cours de la lypémanie anxieuse.

assez grandes à subir. Econome surtout, elle se privait du nécessaire et aurait voulu vivre sans manger. Elle était toujours inquiète et en peur du lendemain. Elle a été seule pendant 3 mois et elle se serait laissé mourir d'inanition. Avant d'être internée elle n'avait pas mangé depuis 4 jours. Elle a eu pendant tout ce temps quelques intervalles de lucidité, d'une durée de demi-heure, mais elle était reprise ensuite par ses préoccupations malades. Son certificat d'admission est ainsi conçu : « Mutisme, refus de nourriture. Pâle, affaiblissement considérable. »

A son entrée à l'asile, elle répond encore à quelques questions. Elle dit être mariée et avoir trois enfants. Elle est immobile dans la cour ou dans le chauffoir, ne cause à personne. L'expression de la physionomie est triste, douloureuse, misérable. Elle marche péniblement, gémit sans cesse, elle s'accuse de fautes imaginaires ; elle est perdue, damnée, elle le sait bien. Des voix partent du creux épigastrique, le lui redisent sans cesse : « Tu es perdue, tu es perdue... » Les aliments qu'elle avale, lui adressent les mêmes reproches.

Elle se dit née pour le malheur de tout le monde, elle sera cause de la fin du monde et demande la mort comme une délivrance pour elle et pour ses semblables.

Un mois après son arrivée, elle commence à présenter des idées de négation. Elle gémit toujours, dit qu'il n'y a plus rien, qu'elle n'est plus, *qu'elle est morte*. Puis, peu à peu, ces idées de négation prennent de la fixité et actuellement elle déclare qu'elle n'a pas de nom, pas de parents, pas d'amis. Elle se dit venue au monde toute seule ; elle est « tombée du temps ». Elle n'a connu ni père ni mère. Elle n'a pas été mariée. Elle n'a jamais connu personne, elle n'a pas d'âge, elle est *morte au monde*. Tout est mauvais en elle. De *mauvaises raisons* s'échappent de son estomac, remontent jusqu'à sa bouche et en sortent ; ce sont des reproches. Elle entend des voix lui dire : qu'elle a mangé du fruit défendu, qu'elle n'aurait pas dû le faire ; qu'elle est perdue... A ce moment elle a manifesté des idées passagères d'immortalité :

« on m'accuse de toutes sortes de malheurs et on voudrait me faire mourir, mais *je ne dois jamais mourir* ».

La sensibilité à la douleur est émoussée ; les autres sensibilités (contact, chaleur) sont affaiblies. La malade refuse presque la nourriture. On est obligé de la forcer et de la surveiller. Elle récite ainsi ses litanies, dès qu'elle se trouve en notre présence.

Elle n'a pas d'ennemis et ne hait personne, mais elle gémit qu'elle est bien à plaindre et qu'elle ne devait pas venir au monde. — Si je lui montre un chapeau, elle répond : C'est une affaire qu'on met sur la tête... ; un encier ? c'est une affaire qu'on écrit.

18 juin. — Les idées de négation semblent disparaître, elle se dit toujours perdue ; mais elle espère en Dieu. Elle entend sans cesse des voix accusatrices, elle n'est plus morte, puisqu'elle marche.

28 juin. — Retombe dans ses mêmes idées. *Je suis une statue*, dit-elle. Elle ne sait ni si elle vit, ni si elle sent. Elle est morte. La malade reste ainsi stationnaire et passe ses journées dans l'isolement et les gémissements.

Cette malade, difficile à interroger en ce sens qu'elle ne répond qu'à certaines questions, doit être rangée dans la forme chronique typique.

Il est à remarquer que les idées de négation ont apparu d'une manière assez rapide, 4 mois environ, après l'accès de *hypémanie* anxieuse. Elles sont totales. En même temps on constate la folie d'opposition. V... refuse de s'habiller, de manger, etc.

CONCLUSIONS

1° Le délire des négations est un syndrome.

2° Ce syndrome peut affecter deux formes principales :
1° la forme légère, *fruste*, curable, qui semble appartenir aux vésanies d'accès intermittents ; 2° la forme grave, chronique, incurable.

3° La forme fruste est primitive et évolue sur un terrain nerveux, neurasthénique, hystérique ; la forme chronique est secondaire, se développe chez des individus à hérédité psychique chargée et, vient après un accès de mélancolie anxieuse.

4° Dans la forme fruste, les idées délirantes de négation intéressent les états affectifs et intellectuels de la personnalité. Cette forme aboutit généralement au suicide.

Dans la forme grave, la négation est totale, complète, s'accompagne d'idées d'immortalité et d'énormité.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 17 juillet 1894

BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 17 juillet 1894.

Le Recteur,

A. GASQUET.

